

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

KUESIONER KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN DOKTER MUDA DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Jenis kelamin :

() Pria

() Wanita

Lama anda di rawat di rumah sakit :

() Kurang dari 3 hari

() 3-6 hari

() 7-15 hari

() diatas 15 hari

Umur anda saat ini :

() 17-24 tahun

() 25-34 tahun

() 35-49 tahun

() 50-64 tahun

() 65 tahun keatas

Pekerjaan anda saat ini :

() pelajar/mahasiswa

() pegawai negeri

() pegawai swasta

() buruh

() pedagang

() tidak bekerja

Keterangan cara pengisian :

Berilah tanda X untuk setiap pernyataan ini sesuai dengan kenyataan diterima dalam pelayanan pada kolom :

1. Sangat tidak puas
2. Tidak puas

3. Cukup puas
4. Puas
5. Sangat puas

| No. | PERNYATAAN | PENILAIAN | | | | |
|-----------|---|-----------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A. | Tangibles Atau Nyata | | | | | |
| 1. | Bangunan rumah sakit terlihat indah dan bersih | | | | | |
| 2. | Rumah sakit memiliki ruang tunggu yang cukup, nyaman, wc dan air | | | | | |
| 3. | Rumah sakit memiliki sarana cuci tangan air dan alcohol disetiap ruangan | | | | | |
| 4. | Penampilan dokter muda rapih dan bersih | | | | | |
| | TOTAL | | | | | |
| B. | Empati | | | | | |
| 5. | Dokter muda memberikan waktu pelayanan yang cukup pada pasien | | | | | |
| 6. | Dokter muda bersedia menjelaskan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pasien terkait kondisi kesehatan pasien. | | | | | |
| 7. | Dokter muda memperhatikan sungguh-sungguh kepada pasien saat berkomunikasi | | | | | |
| 8. | Dokter muda mendengarkan keluhan penyakit yang diderita serta mencoba memberi solusi dalam konsultasi | | | | | |
| 9. | Dokter muda bersikap sopan dan ramah | | | | | |
| | TOTAL | | | | | |
| C. | Reliability Atau Keandalan | | | | | |
| 10. | Dokter muda memberikan pelayanan teliti dan tepat waktu | | | | | |
| 11. | Dokter muda melakukan cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|
| 12. | Dokter muda melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan kepada pasien | | | | | |
| 13. | Dokter muda melakukan cuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien | | | | | |
| 14. | Dokter muda melakukan cuci tangan setelah bersentuhan dengan pasien | | | | | |
| 15. | Dokter muda melakukan cuci tangan setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien | | | | | |
| | TOTAL | | | | | |
| D. | Responsive Atau Ketanggapan | | | | | |
| 16. | Dokter muda tanggap melayani pasien. | | | | | |
| 17. | Dokter muda melayani dengan baik | | | | | |
| 18. | Dokter muda melakukan tindakan secara cepat dan tepat | | | | | |
| 19. | Dokter muda melakukan tindakan sesuai prosedur | | | | | |
| | TOTAL | | | | | |
| E. | ASURANCE ATAU KEPASTIAN | | | | | |
| 20. | Dokter muda mempunyai kemampuan dan pengetahuan mengenai diagnosa penyakit pasien dengan cukup baik sehingga mampu menjawab pertanyaan pasien secara meyakinkan | | | | | |
| 21. | Dokter muda bersifat cekatan serta menghargai pasien | | | | | |
| 22. | Dokter muda melayani dengan sikap meyakinkan sehingga pasien merasa aman | | | | | |
| 23. | Dokter muda mempunyai catatan medis pasien | | | | | |
| | TOTAL | | | | | |

Panduan

Identifikasi Pasien

IDENTIFIKASI PASIEN

1. Tujuan

- Mendeskripsikan prosedur untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan di rumah sakit.
- Mengurangi kejadian / kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa: salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.

2. Lingkup Area

- Panduan ini diterapkan kepada semua pasien rawat inap, pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan pasien yang akan menjalani suatu prosedur.
- Pelaksana panduan ini adalah para tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya); staf di ruang rawat, staf administratif, dan staf pendukung yang bekerja di rumah sakit.

3. Prinsip

- Semua pasien rawat inap, IGD, dan yang akan menjalani suatu prosedur harus diidentifikasi dengan benar saat masuk rumah sakit dan selama masa perawatannya.
- Kapanpun dimungkinkan, pasien rawat inap harus menggunakan gelang pengenalan dengan minimal 2 data (nama pasien, tanggal lahir).
- Tujuan utama tanda pengenalan ini adalah untuk mengidentifikasi pemakainya.

- Tanda pengenal ini digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

4. Kewajiban dan Tanggung Jawab

- a) Seluruh staf Rumah Sakit
 - 1) Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien
 - 2) Memastikan identifikasi pasien yang benar ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
 - 3) Melaporkan kejadian salah identifikasi pasien; termasuk hilangnya gelang pengenal.
- b) Perawat yang bertugas (perawat penanggung jawab pasien)
 - i. Bertanggungjawab memakaikan gelang pengenal pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang pengenal.
 - ii. Memastikan gelang pengenal terpasang dengan baik. Jika terdapat kesalahan data, gelang pengenal harus diganti, dan bebas coretan.
- c) Kepala Instalasi / Kepala Ruang
 - i. Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.
 - ii. Menyelidiki semua insidens salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insidens tersebut.
- d) Manajer
 - 1) Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi.
 - 2) Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasi pasien.

5. Prosedur Pemakaian Gelang Pengenal

- a) Semua pasien harus diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

- b) Pakaikan gelang pengenalan di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
- c) Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang pengenalan tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
- d) Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang pengenalan dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien. Gelang pengenalan harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.
- e) Pada kondisi tidak memakai baju, gelang pengenalan harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- f) Gelang pengenalan hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit.
- g) Gelang pengenalan pasien sebaiknya mencakup 3 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 - i. Nama pasien dengan minimal 2 suku kata
 - ii. Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun)
 - iii. Nomor rekam medis pasien
- h) Detail lainnya adalah warna gelang pengenalan sesuai jenis kelamin pasien.
- i) Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- j) Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang pengenalan. Ganti gelang pengenalan jika terdapat kesalahan penulisan data.
- k) Jika gelang pengenalan terlepas, segera berikan gelang pengenalan yang baru.
- l) Gelang pengenalan harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
- m) Jelaskan prosedur identifikasi dan tujuannya kepada pasien.
- n) Periksa ulang 3 detail data di gelang pengenalan sebelum dipakaikan ke pasien.
- o) Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: 'Siapa nama Anda?' (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti 'Apakah nama anda Ibu Susi?')
- p) Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga / pengantarnya. Jika mungkin, gelang pengenalan

jangan dijadikan satu-satunya bentuk identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang pengenalnya.

- q) Semua pasien rawat inap dan yang akan menjalani prosedur menggunakan 1 gelang pengenal. Untuk pasien anak dan neonatus, gunakan 2 gelang pengenal pada ekstremitas yang berbeda.
- r) Pengecekan gelang pengenal dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- s) Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang pengenal terpasang dengan baik.
- t) Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang pengenal.
- u) Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang pengenal:
 - i. Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
 - Menolak penggunaan gelang pengenal
 - Gelang pengenal menyebabkan iritasi kulit
 - Gelang pengenal terlalu besar
 - Pasien melepas gelang pengenal
 - ii. Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang pengenal tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.
 - iii. Jika pasien menolak menggunakan gelang pengenal, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dilakukan prosedur kepada pasien.

6. Warna pada Gelang Pengenal

- a) Kepada seluruh pasien yang tidak memiliki alergi, gunakan gelang pengenal sesuai dengan jenis kelaminnya, biru untuk pria dan merah jambu untuk wanita.
- b) Semua pasien harus ditanyakan mengenai alergi yang dimiliki
- c) Jika pasien memiliki alergi, diberikan gelang pengenal berwarna merah. Tulis dengan jelas alergi pada gelang tersebut.
- d) Riwayat alergi pasien harus dicatat di rekam medis.
- e) Untuk pasien dengan risiko jatuh, diberikan gelang dengan warna kuning.

7. Prosedur yang Membutuhkan Identifikasi Pasien dengan Benar

- a) Berikut adalah beberapa prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien:
 - i. Pemberian obat-obatan
 - ii. Prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen, MRI, dan sebagainya)
 - iii. Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya
 - iv. Transfusi darah
 - v. Pengambilan sampel (misalnya darah, tinja, urin, dan sebagainya)
 - vi. Transfer pasien
 - vii. Konfirmasi kematian
- b) Para staf RS harus mengkonfirmasi identifikasi pasien dengan benar dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien, kemudian membandingkannya dengan yang tercantum di rekam medis dan gelang pengenalan. Jangan menyebutkan nama, tanggal lahir, dan alamat pasien dan meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban ya / tidak.
- c) Jangan melakukan prosedur apapun jika pasien tidak memakai gelang pengenalan. Gelang pengenalan harus dipakaikan ulang oleh perawat yang bertugas menangani pasien secara personal sebelum pasien menjalani suatu prosedur.
- d) Identifikasi pasien yang menjalani prosedur pemeriksaan radiologi:
 - i) Operator harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:
 - Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.
 - Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenalan dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur.
 - Jika terdapat ≥ 2 pasien di departemen radiologi dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.
 - ii) Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pajanan radiasi (exposure) dilakukan.
- e) Identifikasi pasien yang menjalani tindakan operasi:
 - i. Petugas di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien
 - ii. Jika diperlukan untuk melepas gelang pengenalan selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang pengenalan pasien.
 - iii. Gelang pengenalan yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien

8. Prosedur Pengambilan dan Pemberian Produk / Komponen Darah

- i. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggungjawab petugas yang mengambil darah.
- ii. Dua orang staf RS yang kompeten harus memastikan kebenaran: data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluasanya, dan identitas pasien pada gelang pengenalan.
- iii. Staf RS harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya
- iv. Jika staf RS tidak yakin / ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.

9. Prosedur Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

- a) Gunakan gelang pengenalan di ekstremitas yang berbeda
- b) Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal dan jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran.
- c) Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
- d) Gunakan gelang pengenalan berwarna merah muda (pink) untuk bayi perempuan dan biru untuk bayi laki-laki.
- e) Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalan berwarna putih.

10. Pasien Rawat Jalan

- a) Tidak perlu menggunakan gelang pengenalan (kecuali pasien yang mengunjungi poliklinik mata).
- b) Pasien poliklinik mata yang akan menjalani prosedur berikut ini harus menggunakan gelang pengenalan.
 - i. Angiogram fluoresens
 - ii. Terapi fotodinamik (photo dynamic therapy)
 - iii. Infus intravena
- c) Sebelum melakukan suatu prosedur/ terapi, tenaga medis harus menanyakan identitas pasien berupa nama dan tanggal lahir. Data ini harus dikonfirmasi dengan yang tercantum pada rekam medis.

- d) Jika pasien adalah rujukan dari dokter umum / puskesmas / layanan kesehatan lainnya, surat rujukan harus berisi identitas pasien berupa nama lengkap, tanggal lahir, dan alamat. Jika data ini tidak ada, prosedur / terapi tidak dapat dilaksanakan.
- e) Jika pasien rawat jalan tidak dapat mengidentifikasi dirinya sendiri, verifikasi data dengan menanyakan keluarga / pengantar pasien.

11. Pasien dengan Nama yang Sama di Ruang Rawat

- a) Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, harus diinformasikan kepada perawat yang bertugas setiap kali pergantian jaga.
- b) Berikan label / penanda berupa 'pasien dengan nama yang sama' di lembar pencatatan, lembar obat-obatan, dan lembar tindakan.
- c) Kartu bertanda 'pasien dengan nama yang sama' harus dipasang di tempat tidur pasien agar petugas dapat memverifikasi identitas pasien.

12. Pasien yang identitasnya tidak diketahui

- a) Pasien akan dilabel menurut prosedur setempat sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar. Contoh pelabelan yang diberikan berupa: Pria/Wanita Tidak Dikenal; Alfa alfa, dan sebagainya.
- b) Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang pengenal baru dengan identitas yang benar.

13. Prosedur Identifikasi Pasien pada Unit Gangguan Jiwa

- a) Kapanpun dimungkinkan, pasien gangguan jiwa harus menggunakan gelang pengenal.
- b) Akan tetapi terdapat hal-hal seperti kondisi pasien atau penanganan pasien yang menyebabkan sulitnya mendapat identitas pasien dengan benar sehingga perlu dipertimbangkan untuk menggunakan metode identifikasi lainnya.
- c) Identifikasi pasien dilakukan oleh petugas yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi pasien, dan lakukan pencatatan di rekam medis.
- d) Pada kondisi di mana petugas tidak yakin / tidak pasti dengan identitas pasien (misalnya saat pemberian obat), petugas dapat menanyakan nama dan tanggal lahir pasien (jika memungkinkan) dan dapat dicek ulang pada rekam medis.

- e) Jika terdapat ≥ 2 pasien dengan nama yang sama di ruang rawat, berikan tanda / label notifikasi pada rekam medis, tempat tidur pasien, dan dokumen lainnya

14. Pasien yang Meninggal

- a) Pasien yang meninggal di ruang rawat rumah sakit harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang pengenal dan rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian).
- b) Semua pasien yang telah meninggal harus diberi identifikasi dengan menggunakan 2 gelang pengenal, satu di pergelangan tangan dan satu lagi di pergelangan kaki.
- c) Satu salinan surat kematian harus ditempelkan di kain kafan. Salinan kedua harus ditempelkan di kantong jenazah (body bag). Salinan ketiga disimpan di rekam medis pasien.

15. Melepas Gelang Pengenal

- a) Gelang pengenal hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
- b) Yang bertugas melepas gelang pengenal adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit.
- c) Gelang pengenal dilepas setelah semua proses selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
- d) Gelang pengenal yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
- e) Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang pengenal sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang pengenal mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang pengenal dipasang kembali.

16. Pelaporan Insidens / Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

- a) Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruang rawat / departemen tersebut, kemudian melengkapi laporan insidens.

- b) Petugas harus berdiskusi dengan Kepala Instalasi atau Manajer mengenai pemilihan cara terbaik dan siapa yang memberitahukan kepada pasien / keluarga mengenai kesalahan yang terjadi akibat kesalahan identifikasi.
- c) Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
- i. Kesalahan penulisan alamat di rekam medis
 - ii. Kesalahan informasi / data di gelang pengenalan
 - iii. Tidak adanya gelang pengenalan di pasien
 - iv. Mis identifikasi data / pencatatan di rekam medis
 - v. Mis identifikasi pemeriksaan radiologi (rontgen)
 - vi. Mis identifikasi laporan investigasi
 - vii. Mis identifikasi perjanjian (appointment)
 - viii. Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
 - ix. Salah memberikan obat ke pasien
 - x. Pasien menjalani prosedur yang salah
 - xi. Salah pelabelan identitas pada sampel darah
- d) Kesalahan juga termasuk insidens yang terjadi akibat adanya misidentifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi di mana misidentifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
- e) Beberapa penyebab umum terjadinya misidentifikasi adalah:
- i. Kesalahan pada administrasi / tata usaha
 - Salah memberikan label
 - Kesalahan mengisi formulir
 - Kesalahan memasukkan nomor / angka pada rekam medis
 - penulisan alamat yang salah
 - pencatatan yang tidak benar / tidak lengkap / tidak terbaca
 - ii. Kegagalan verifikasi
 - Tidak adekuatnya / tidak adanya protokol verifikasi
 - Tidak mematuhi protokol verifikasi
 - iii. Kesulitan komunikasi
 - Hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa
 - Kegagalan untuk pembacaan kembali
 - Kurangnya kultur / budaya organisasi
- f) Jika terjadi insidens akibat kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal berikut ini:
- i. Pastikan keamanan dan keselamatan pasien

- ii. Pastikan bahwa tindakan pencegahan cedera telah dilakukan
- iii. Jika suatu prosedur telah dilakukan pada pasien yang salah atau dilakukan di tempat yang salah, para klinisi harus memastikan bahwa langkah-langkah yang penting telah diambil untuk melakukan prosedur yang tepat pada pasien yang tepat.

17. Revisi dan Audit

- a) Kebijakan ini akan dikaji ulang dalam kurun waktu 2 tahun
- b) Rencana audit akan disusun dengan bantuan kantor audit medik dan akan dilaksanakan dalam waktu 6 bulan setelah implementasi kebijakan. Audit klinis ini meliputi:
 - i. Jumlah persentase pasien yang menggunakan gelang pengenalan
 - ii. Akurasi dan reliabilitas informasi yang terdapat di gelang pengenalan
 - iii. Alasan mengapa pasien tidak menggunakan gelang pengenalan
 - iv. Efikasi cara identifikasi lainnya
 - v. Insidens yang terjadi dan berhubungan dengan misidentifikasi
- c) Setiap pelaporan insidens yang berhubungan dengan identifikasi pasien akan dipantau dan ditindaklanjuti saat dilakukan revisi kebijakan

Panduan

Hand Hygiene

A. Definisi

Hand hygiene adalah suatu upaya atau tindakan membersihkan tangan, baik dengan menggunakan sabun antiseptik di bawah air mengalir atau dengan menggunakan handrub berbasis alkohol dengan langkah-langkah yang sistematis sesuai urutan, sehingga dapat mengurangi jumlah bakteri yang berada pada tangan.

Price (1938) menyatakan bahwa bakteri pada tangan dapat dikategorikan menjadi dua jenis, dikenal sebagai resident flora dan transient flora. Resident flora, terdiri dari mikroorganisme yang tersembunyi dibawah sel superfisial stratum korneum dan dapat pula ditemukan pada permukaan tangan. Bakteri yang paling banyak ditemukan adalah staphylococcus epidermidis. Resident flora ini mempunyai dua fungsi protektif, antagonis mikroba dan kompetisi untuk mendapatkan nutrisi di ekosistem. Secara umum, hubungan resident flora dan kejadian infeksi sangat kecil, namun mungkin dapat menyebabkan infeksi pada bagian tubuh yang steril seperti mata.

Transient flora (*transient microbiota*), yang berkoloni pada lapisan superfisial kulit, ukumnya lebih mudah disingkirkan dengan cuci tangan yang rutin. Mikroorganisme transient tidak berkembang biak di dalam kulit, namun umumnya berkembang biak di permukaan kulit. Mikroorganisme ini juga sering berpindah seiring dengan adanya kontak antara petugas kesehatan dengan alat, pasien bahkan dengan petugas kesehatan lain.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan budaya *hand hygiene* seluruh karyawan RSU Full Bethesda

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang *hand hygiene*
- b. Menurunkan resiko infeksi pada pasien karena rumah sakit (health associates infection/HAI)infeksi pada petugas kesehatan karena rumah sakit (Health Care Associates Infection/HCAI)
- c. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit

Ruang Lingkup Hand Hygiene

WHO menyarankan untuk setiap orang atau petugas yang tersebut dibawah ini untuk selalu mematuhi prosedur hand hygiene, yaitu :

1. Setiap orang yang kontak langsung dengan pasien seperti: dokter, perawat dan petugas kesehatan lainnya (fisioterapi, laboratorium).
2. Setiap orang yang kontak dengan pasien, meskipun tidak langsung seperti : ahli gizi, farmasi dan petugas tehnik .
3. Setiap personil yang berkontribusi dengan prosedur yang dilakukan terhadap pasien
4. Setiap orang yang bekerja di lingkungan rumah sakit

C. Tatalaksana Hand Hygiene

WHO (World Health Organization) mensyaratkan *five moment of hand hygiene* (5 waktu hand hygiene), yang merupakan petunjuk waktu kapan petugas harus



melakukan hand hygiene, yaitu :

5 Moment of Hand Hygiene

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Sebelum kontak dengan pasien | Kapan ? Bersihkan tangan sebelum menyentuh pasien |
| | | Kenapa ? Untuk melindungi pasien dari bakteri patogen yang ada pada tangan petugas |
| 2 | Sebelum melakukan tindakan aseptik | Kapan ? bersihkan tangan segera sebelum melakukan tindakan aseptik |
| | | Kenapa ? untuk melindungi pasien dari bakteri patogen termasuk yang berasal permukaan tubuh pasien sehingga tidak memasuki bagian dalam tubuh. |
| 3 | Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien | Kapan ? Bersihkan tangan setelah kontak atau resiko kontak dengan cairan tubuh pasien (dan setelah melepas sarung tangan) |
| | | Kenapa ? untuk melindungi petugas kesehatan dan lingkungan sekitarnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien |
| 4 | Setelah kontak dengan pasien | Kapan ? bersihkan tangan setelah menyentuh pasien, setelah meninggalkan pasien |
| | | Kenapa ? untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien |
| 5 | Setelah kontak dengan area sekitar pasien | Kapan ? bersihkan tangan setelah menyentuh objek atau furniture yang ada di sekitar pasien saat meninggalkan pasien, walaupun tidak menyentuh pasien |
| | | Kenapa ? untuk melindungi petugas kesehatan dan area sekelilingnya bebas dari bakteri patogen yang berasal dari pasien |

Membersihkan tangan merupakan pilar dan indikator mutu dalam mencegah dan mengendalikan infeksi, sehingga wajib dilakukan oleh setiap petugas rumah sakit. Membersihkan tangan dapat dilakukan dengan mencuci tangan dengan air mengalir atau menggunakan antiseptik berbasis alkohol (*Handrub*).

1. Hand Hygiene dengan air mengalir

Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun merupakan teknik *hand hygiene* yang paling ideal. Dengan mencuci tangan, kotoran tak terlihat dan bakteri patogen yang terdapat pada area tangan dapat dikurangi secara maksimal. Hand hygiene dengan mencuci tangan disarankan untuk dilakukan sesering mungkin, bila kondisi dan sumber daya memungkinkan. Pelaksanaan *hand hygiene* dengan mencuci tangan efektif membutuhkan waktu sekitar 40-60 detik, dengan langkah sebagai berikut :

- a. Basahi tangan dengan air mengalir
- b. Tuangkan sabun kurang lebih 5cc untuk menyabuni seluruh permukaan tangan
- c. Mulai teknik 6 langkah :
 - 1) Gosok tangan dengan posisi telapak pada telapak.
 - 2) Gosok telapak tangan kanan diatas punggung tangan kiri dengan jari-jari saling menjalin dan sebaliknya.
 - 3) Gosok kedua telapak tangan dan jari – jari saling menjalin.
 - 4) Gosok punggung jari – jari pada telapak yang berlawanan dengan jari – jari saling mengunci.
 - 5) Gosok memutar ibu jari kiri dengan tangan kanan mengunci pada ibu jari tangan kiri dan sebaliknya.
 - 6) Gosok kuku jari-jari kiri memutar pada telapak tangan kanan dan sebaliknya
- d. Bilas tangan dengan air mengalir.
- e. Keringkan tangan sekering mungkin dengan tisu.
- f. Gunakan tissue untuk mematikan kran.

How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

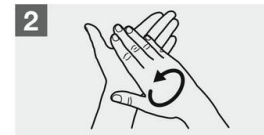
 Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



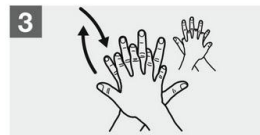
0 Wet hands with water;



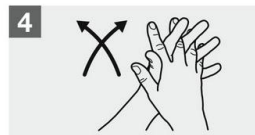
1 Apply enough soap to cover all hand surfaces;



2 Rub hands palm to palm;



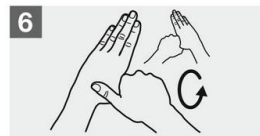
3 Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



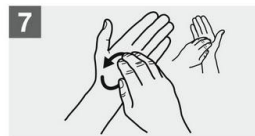
4 Palm to palm with fingers interlaced;



5 Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



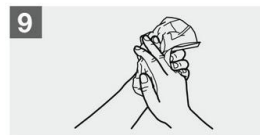
6 Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



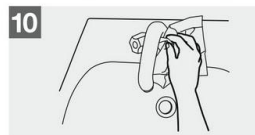
7 Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



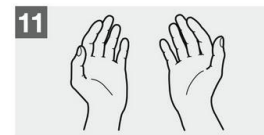
8 Rinse hands with water;



9 Dry hands thoroughly with a single use towel;



10 Use towel to turn off faucet;



11 Your hands are now safe.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009

2. Hand Hygiene Menggunakan antiseptik berbasis alkohol (*Handrub*)

Pada pelaksanaan hand hygiene, mencuci tangan terkadang tidak dapat dilakukan karena kondisi atau karena keterbatasan sumber daya. Banyaknya pasien yang kontak

dengan petugas dalam satu waktu, atau sulitnya mendapatkan sumber air bersih yang memadai menjadi kendala dalam melaksanakan hand hygiene dengan mencuci tangan. Dengan alasan ini, WHO menyarankan alternatif lain dalam melakukan hand hygiene, yaitu dengan *handrub* berbasis alkohol.

a. Keuntungan *handrubs*

WHO merekomendasikan *handrub* berbasis alkohol karena beberapa hal sebagai berikut :

- 1) Berdasarkan bukti, keuntungan intrinsik dari reaksinya yang cepat, efektif terhadap aktivitas mikroba spektrum luas dengan resiko minimal terhadap resistensi mikrobakterial.
- 2) Cocok untuk digunakan pada area atau fasilitas kesehatan dengan akses dan dukungan sumberdaya yang terbatas dalam hal fasilitas hand hygiene (termasuk air bersih, tissue, handuk, dan sebagainya)
- 3) Kemampuan promotif yang lebih besar dalam mendukung upaya hand hygiene karena prosesnya yang cepat dan lebih nyaman untuk dilakukan.
- 4) Keuntungan finansial, mengurangi biaya yang perlu dikeluarkan rumah sakit.
- 5) Resiko minimal terhadap *adverse event* karena meningkatnya keamanan, berkaitan dengan akseptabilitas dan toleransinya dibandingkan dengan produk lain.


b. Teknik mencuci tangan menggunakan *handrubs*

Pelaksanaan membersihkan tangan dengan menggunakan alcohol based handrub efektif membutuhkan waktu sekitar 20-30 detik melalui 6 (enam) langkah kebersihan tangan. Prosedur ini dimulai dengan menuangkan 3-5 ml handrub ke dalam telapak tangan, dan kemudian memulai teknik 6 langkah :

- 1) Menggosok bagian dalam telapak tangan
- 2) Menggosok punggung tangan bergantian
- 3) Menggosok sela-sela jari tangan
- 4) Menggosok ruas jari tangan dengan mengkaitkan kedua tangan
- 5) Menggosok ibu jari tangan, bergantian
- 6) Menggosok ujung jari tangan

How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

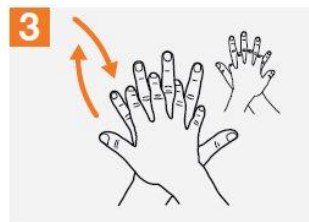
 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;



Rub hands palm to palm;



Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



Palm to palm with fingers interlaced;



Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



Once dry, your hands are safe.

Cara Pembuatan *HandRubs* Berbasis Alkohol

Ada beberapa teknik dalam pembuatan handrub berbasis alkohol yang dapat dibuat dengan cukup mudah di institusi rumah sakit. Teknik tersebut antara lain :

1) Formula 1

Untuk menghasilkan konsentrasi akhir dari ethanol 80% v/v, glycerol 1,45% v/v, hydrogen peroxide (H₂O₂) 0,125% v/v

Tuangkan kedalam 1000 ml labu ukur:

- a) Ethanol 96% v/v sebanyak 833,3 ml
- b) H₂O₂ 3%, sebanyak 41,7 ml
- c) Glycerol 98%, 14,5 ml

Tambahkan aqua destilata atau air yang telah dimasak kedalam labu ukur hingga mencapai 1000ml, kocok dengan perlahan sampai larutan benar-benar tercampur.

2) Formula 2

Untuk menghasilkan konsentrasi akhir dari isopropyl alcohol 75% v/v, glycerol 1,45% v/v, hydrogen peroxide (H₂O₂) 0,125% v/v

Tuangkan kedalam 1000 ml labu ukur:

- a) Isopropyl alkohol (dengan kemurnian 99,8%) 751,5 ml
- b) H₂O₂ 3%, sebanyak 41,7 ml
- c) Glycerol 98%, 14,5 ml

Tambahkan aqua destilata atau air yang telah dimasak kedalam labu ukur hingga mencapai 1000ml, kocok dengan perlahan sampai larutan benar-benar tercampur.

Menurut WHO, produksi *handrub* direkomendasikan dilakukan oleh tenaga farmasis terlatih di unit farmasi. Hal ini dikarenakan ethanol yang tidak diencerkan bersifat sangat mudah terbakar, dan bahkan tetap dapat terpicu untuk terbakar saat berada dalam suhu dibawah 10°C. WHO juga menyarankan untuk alasan keamanan, pembuatan *handrub* berbahan dasar alkohol dalam satu kali, tidak lebih dari 50 liter. Tempat penyimpanan idealnya ruang dengan air conditioner (AC) dan tertutup, serta terhindar dari sinar matahari langsung.

Untuk menghindari kontaminasi organisme patogen dan spora, botol sekali pakai (disposable) lebih disarankan meskipun botol yang dipakai ulang dapat juga dipakai sebagai wadah setelah disterilkan. Untuk mencegah evaporasi, kapasitas maksimum yang dianjurkan adalah 500 ml pada ruang perawatan (rawat inap) atau rawat jalan, dan 1000 liter pada kamar operasi.

3. Hand Hygiene Metode bedah

Hand hygiene metode bedah adalah suatu upaya membersihkan tangan dari benda asing dan mikroorganisme dengan menggunakan metode yang paling maksimal sebelum melakukan prosedur bedah. Dengan tujuan tertinggi dalam upaya mengurangi mikroorganisme patogen pada area tangan, mencuci tangan metode bedah dilakukan dengan sangat hati-hati dan dalam waktu yang relatif lebih lama. Pelaksanaan membersihkan tangan dengan mencuci tangan efektif membutuhkan waktu sekitar 2-6 menit melalui 3 tahapan dengan langkah-langkah :

- a. Membasahi tangan dengan air mengalir, dimulai dari ujung jari sampai 2 cm diatas siku.
- b. Menempatkan sekitar 15 ml (3 x tekanan dispenser) cairan handscrub antiseptik di telapak tangan kiri, dengan menggunakan siku lengan yang lain atau dengan dorongan lutut untuk mengoperasikan dispenser.
- c. Meratakan dan menggosok cairan *handscrub*
- d. Ratakan dengan kedua telapak tangan, dilanjutkan dengan menggosok punggung, sela- sela jari tangan kiri dan kanan dan sebaliknya.
- e. Kedua telapak tangan, jari -jari sisi dalam dari kedua tangan saling menggosok dan mengait dilanjutkan dengan membersihkan kedua ibu jari dan ujung kuku jari bergantian.
- f. Mengambil pembersih kuku dan bersihkan dalam air mengalir
- g. Mengambil sikat steril yang sudah berisi cairan *handscrub*
- h. Menyikat tangan kanan dan tangan kiri bergantian.
- i. Kuku dengan gerakan tegak searah dari atas ke bawah pada kedua tangan.
- j. Jari-jari seakan mempunyai empat sisi, sela jari, secara urut mulai dari ibu jari sampai dengan kelingking.
- k. Telapak tangan, punggung melalui gerakan melingkar.
- l. Daerah pergelangan tangan atas sampai dengan siku dengan gerakan melingkar.
- m. Ulangi cara ini pada tangan kanan selama 2 menit.

- n. Membilas tangan dengan air mengalir dari arah ujung jari ke siku dengan memposisikan tangan tegak
- o. Lakukan sekali lagi menyikat tangan kanan dan tangan kiri secara bergantian
- p. Kuku dengan gerakan tegak searah dari atas ke bawah pada kedua tangan
- q. Jari-jari seakan mempunyai empat sisi, sela-sela jari, secara urut mulai dari ibu jari sampai dengan kelingking
- r. Telapak tangan dan punggung dengan gerakan melingkar
- s. Daerah pergelangan tangan atas sampai dengan siku dengan gerakan melingkar dilakukan selama 2 menit.
- t. Membiarkan air menetes dari tangan sampai dengan siku.
- u. Mengeringkan menggunakan handuk steril yang dibagi 2 bagian, satu bagian untuk tangan kiri dan bagian yang lain untuk tangan kanan, memutar dari jari- jari tangan ke arah siku.
- v. Meletakkan handuk pada tempat yang disediakan.

4. Hal yang perlu diperhatikan dalam membersihkan tangan antara lain :

Sebelum dan sesudah melakukan hand hygiene, ada hal hal yang harus diperhatikan agar tujuan hand hygiene dapat tercapai, diantaranya adalah:

- a. Perawatan kuku tangan
Kuku tangan harus dalam keadaan bersih dan pendek. Kuku yang panjang dapat menimbulkan potensi akumulasi bakteri patogen yang terdapat di bawah kuku.
- b. Perhiasan dan aksesoris
Tidak diperkenankan menggunakan perhiasan pada area tangan seperti cincin, karena adanya resiko akumulasi bakteri patogen pada perhiasan yang dipakai.
- c. Kosmetik
Kosmetik yang dipakai petugas kesehatan, seperti cat kuku, dapat menyimpan bakteri patogen, juga dapat terlepas dari tangan dan berpindah saat melakukan kontak dengan pasien. Hal ini sangat berbahaya dan disarankan untuk tidak dilakukan.
- d. Penggunaan handuk atau tissue

Pengeringan tangan sebaiknya menggunakan tissue disposable. Namun bila terdapat keterbatasan dalam sumber daya, handuk yang bersih juga dapat digunakan, dengan catatan hanya digunakan sekali, dan kemudian harus melalui proses pembersihan agar dapat dipakai kembali di kemudian hari.

D. Penutup

Hand hygiene merupakan kegiatan yang paling efisien, paling murah dan paling mudah dilakukan namun mempunyai dampak yang besar. Hal ini menjadikan setiap institusi kesehatan wajib untuk berkomitmen dalam upaya peningkatan budaya hand hygiene di insitusinya. Dengan dibudayakannya hand hygiene, insituti kesehatan akan mampu meningkatkan kualitas perawatan, meningkatkan mutu pelayanannya, dan yang terpenting institusi kesehatan akan mampu meningkatkan keselamatan pasien.

Lampiran 3. Hasil Analisis SPSS

Descriptives

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum | |
|-------------|------------|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | | |
| Bukti Nyata | Kontrol | 15 | 4,0000 | ,00000 | ,00000 | 4,0000 | 4,0000 | 4,00 | 4,00 |
| | Eksperimen | 15 | 4,3333 | ,81650 | ,21082 | 3,8812 | 4,7855 | 3,00 | 5,00 |
| | Total | 30 | 4,1667 | ,59209 | ,10810 | 3,9456 | 4,3878 | 3,00 | 5,00 |
| Empati | Kontrol | 15 | 3,1333 | ,54989 | ,14198 | 2,8288 | 3,4379 | 2,50 | 4,00 |
| | Eksperimen | 15 | 4,1333 | ,58146 | ,15013 | 3,8113 | 4,4553 | 3,00 | 5,00 |
| | Total | 30 | 3,6333 | ,75354 | ,13758 | 3,3520 | 3,9147 | 2,50 | 5,00 |
| Keandalan | Kontrol | 15 | 2,5167 | ,37161 | ,09595 | 2,3109 | 2,7225 | 2,00 | 3,25 |
| | Eksperimen | 15 | 3,6167 | ,44186 | ,11409 | 3,3720 | 3,8614 | 2,75 | 4,25 |
| | Total | 30 | 3,0667 | ,68837 | ,12568 | 2,8096 | 3,3237 | 2,00 | 4,25 |
| Ketanggapan | Kontrol | 15 | 2,9000 | ,50709 | ,13093 | 2,6192 | 3,1808 | 2,00 | 3,50 |
| | Eksperimen | 15 | 3,5333 | ,48058 | ,12408 | 3,2672 | 3,7995 | 2,50 | 4,00 |
| | Total | 30 | 3,2167 | ,58255 | ,10636 | 2,9991 | 3,4342 | 2,00 | 4,00 |
| Kepastian | Kontrol | 15 | 2,8667 | ,51640 | ,13333 | 2,5807 | 3,1526 | 2,00 | 4,00 |
| | Eksperimen | 15 | 3,6000 | ,50709 | ,13093 | 3,3192 | 3,8808 | 3,00 | 4,00 |
| | Total | 30 | 3,2333 | ,62606 | ,11430 | 2,9996 | 3,4671 | 2,00 | 4,00 |

Jenis Kelamin * Responden Crosstabulation

| | | | Responden | | Total |
|---------------|------------------------|------------------------|-----------|------------|--------|
| | | | Kontrol | Eksperimen | |
| Jenis Kelamin | Pria | Count | 7 | 6 | 13 |
| | | % within Jenis Kelamin | 53,8% | 46,2% | 100,0% |
| | | % within Responden | 46,7% | 40,0% | 43,3% |
| | | % of Total | 23,3% | 20,0% | 43,3% |
| | Wanita | Count | 8 | 9 | 17 |
| | | % within Jenis Kelamin | 47,1% | 52,9% | 100,0% |
| | | % within Responden | 53,3% | 60,0% | 56,7% |
| | | % of Total | 26,7% | 30,0% | 56,7% |
| Total | Count | 15 | 15 | 30 | |
| | % within Jenis Kelamin | 50,0% | 50,0% | 100,0% | |
| | % within Responden | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 50,0% | 50,0% | 100,0% | |

Usia * Responden Crosstabulation

| | | | Responden | | Total |
|-------|--------------------|--------------------|-----------|------------|--------|
| | | | Kontrol | Eksperimen | |
| Usia | 17-24 tahun | Count | 1 | 2 | 3 |
| | | % within Usia | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | | % within Responden | 6,7% | 13,3% | 10,0% |
| | | % of Total | 3,3% | 6,7% | 10,0% |
| | 25-34 tahun | Count | 8 | 3 | 11 |
| | | % within Usia | 72,7% | 27,3% | 100,0% |
| | | % within Responden | 53,3% | 20,0% | 36,7% |
| | | % of Total | 26,7% | 10,0% | 36,7% |
| | 35-49 tahun | Count | 6 | 9 | 15 |
| | | % within Usia | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | | % within Responden | 40,0% | 60,0% | 50,0% |
| | | % of Total | 20,0% | 30,0% | 50,0% |
| | 50-64 tahun | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within Usia | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % within Responden | ,0% | 6,7% | 3,3% |
| | | % of Total | ,0% | 3,3% | 3,3% |
| Total | Count | 15 | 15 | 30 | |
| | % within Usia | 50,0% | 50,0% | 100,0% | |
| | % within Responden | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 50,0% | 50,0% | 100,0% | |

Pekerjaan * Responden Crosstabulation

| | | | Responden | | Total |
|------------|--------------------|--------------------|-----------|------------|--------|
| | | | Kontrol | Eksperimen | |
| Pekerjaan | Pelajar/Mahasiswa | Count | 1 | 2 | 3 |
| | | % within Pekerjaan | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | | % within Responden | 6,7% | 13,3% | 10,0% |
| | | % of Total | 3,3% | 6,7% | 10,0% |
| | PNS | Count | 2 | 3 | 5 |
| | | % within Pekerjaan | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | | % within Responden | 13,3% | 20,0% | 16,7% |
| | | % of Total | 6,7% | 10,0% | 16,7% |
| | Pegawai Swasta | Count | 2 | 6 | 8 |
| | | % within Pekerjaan | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % within Responden | 13,3% | 40,0% | 26,7% |
| | | % of Total | 6,7% | 20,0% | 26,7% |
| Buruh | Count | 0 | 3 | 3 | |
| | % within Pekerjaan | ,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % within Responden | ,0% | 20,0% | 10,0% | |
| | % of Total | ,0% | 10,0% | 10,0% | |
| Wiraswasta | Count | 5 | 1 | 6 | |
| | % within Pekerjaan | 83,3% | 16,7% | 100,0% | |
| | % within Responden | 33,3% | 6,7% | 20,0% | |
| | % of Total | 16,7% | 3,3% | 20,0% | |
| Lain-lain | Count | 5 | 0 | 5 | |
| | % within Pekerjaan | 100,0% | ,0% | 100,0% | |
| | % within Responden | 33,3% | ,0% | 16,7% | |
| | % of Total | 16,7% | ,0% | 16,7% | |
| Total | Count | 15 | 15 | 30 | |
| | % within Pekerjaan | 50,0% | 50,0% | 100,0% | |
| | % within Responden | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % of Total | 50,0% | 50,0% | 100,0% | |

| | |
|------------------|------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| .884 | 23 |

Reliability Statistics

| | q1 | q2 | q3 | q4 | q5 | q6 | q7 | q8 | q9 | q10 | q11 | q12 | q13 | q14 | q15 | q16 | q17 | q18 | q19 | q20 | q21 | q22 | q23 | Total | |
|------------------------|----|-------|------|------|-------|------|------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| q1 Pearson Correlat | 1 | .510* | .337 | .044 | .191 | .085 | .113 | .251 | .041 | .684 | .268 | .143 | .175 | .026 | .087 | .034 | .103 | .058 | .202 | .383 | .420 | .423 | .423 | .423 | .423 |
| q1 Sig. (2-tailed) | | .004 | .929 | .816 | .311 | .580 | .939 | .456 | .132 | .830 | .737 | .156 | .442 | .693 | .893 | .725 | .857 | .665 | .769 | .580 | .123 | .364 | .357 | .359 | .359 |
| q2 Pearson Correlat | | 1 | .163 | .100 | .375* | .230 | .319 | .157 | .515** | .180 | .215 | .383* | .169 | .159 | .244 | .168 | .175 | .282 | .224 | .245 | .383* | .456* | .456* | .456* | .456* |
| q2 Sig. (2-tailed) | | | .004 | .419 | .001 | .041 | .222 | .088 | .048 | .004 | .115 | .253 | .037 | .773 | .373 | .403 | .381 | .356 | .088 | .117 | .333 | .192 | .037 | .011 | .011 |
| q3 Pearson Correlat | | | 1 | .230 | .300 | .230 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 | .300 |
| q3 Sig. (2-tailed) | | | | .268 | .016 | .196 | .006 | .002 | .518 | .233 | .013 | .714 | .822 | .453 | .971 | .396 | .292 | .382 | .369 | .258 | .363 | .002 | .162 | .098 | .098 |
| q4 Pearson Correlat | | | | 1 | .066 | .069 | .238 | .463* | .319 | .073 | .320 | .500** | .334 | .284 | .080 | .209 | .153 | .195 | .123 | .202 | .339 | .123 | .264 | .264 | .264 |
| q4 Sig. (2-tailed) | | | | | .727 | .716 | .210 | .009 | .085 | .701 | .084 | .005 | .071 | .115 | .873 | .267 | .383 | .302 | .516 | .304 | .285 | .838 | .516 | .197 | .197 |
| q5 Pearson Correlat | | | | | 1 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .519 | .659 | .659 |
| q5 Sig. (2-tailed) | | | | | | .001 | .004 | .003 | .053 | .122 | .001 | .037 | .007 | .240 | .048 | .083 | .001 | .019 | .060 | .072 | .058 | .098 | .000 | .000 | .000 |
| q6 Pearson Correlat | | | | | | 1 | .712 | .343 | .481* | .200 | .549* | .563* | .403* | .227 | .410* | .300 | .300 | .488* | .297 | .560* | .608* | .267 | .343 | .681* | .681* |
| q6 Sig. (2-tailed) | | | | | | | .000 | .064 | .006 | .289 | .002 | .001 | .027 | .228 | .024 | .107 | .107 | .006 | .111 | .001 | .000 | .153 | .084 | .000 | |
| q7 Pearson Correlat | | | | | | | 1 | .514 | .608* | .305* | .642 | .538* | .484* | .305* | .428* | .305* | .444* | .444* | .588* | .482* | .212 | .235 | .795* | .795* | |
| q7 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q8 Pearson Correlat | | | | | | | | 1 | .545* | .230 | .630* | .463* | .467* | .572* | .388* | .613 | .277 | .472* | .414* | .308 | .393* | .143 | .095 | .705* | |
| q8 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | .002 | .221 | .000 | .010 | .009 | .001 | .029 | .000 | .139 | .008 | .023 | .088 | .032 | .452 | .618 | .000 | |
| q9 Pearson Correlat | | | | | | | | | 1 | .266 | .512 | .775* | .331 | .475* | .262 | .589* | .198 | .488* | .480* | .439* | .304* | .037 | .071 | .742* | |
| q9 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q10 Pearson Correlat | | | | | | | | | | 1 | .316 | .168 | .300 | .131 | .450* | .334 | .604* | .334 | .465* | .439* | .950 | .180 | .248 | .005 | .005 |
| q10 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q11 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | 1 | .655* | .482 | .381* | .290 | .453* | .238 | .508* | .289 | .615* | .291 | .225 | .355 | .722* | |
| q11 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | .000 | .004 | .089 | .000 | .000 | .121 | .205 | .004 | .112 | .000 | .119 | .232 | .084 | |
| q12 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | 1 | .485* | .384* | .260 | .523* | .327 | .563* | .457* | .522* | .419* | .016 | .385* | .730* | |
| q12 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q13 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | 1 | .489* | .528* | .147 | .295 | .488* | .429* | .432* | .578* | .313 | .045 | .938* | |
| q13 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q14 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | 1 | .381* | .438* | .250 | .454* | .331 | .293 | .303 | .051 | .009 | .605* | |
| q14 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q15 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .273 | .707* | .654* | .523* | .488* | .531* | .141 | .048 | .658* | |
| q15 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q16 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .389* | .444* | .434* | .431* | .390 | .430 | .430 | .430 | |
| q16 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q17 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .385* | .418 | .657* | .533* | .343 | .081 | .100 | |
| q17 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q18 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .402* | .402* | .402* | .402* | .402* | .402* | |
| q18 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q19 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .405* | .248 | .101 | .125 | .686* | |
| q19 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q20 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .414* | .264 | .284 | .686* | |
| q20 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| q21 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .414* | .264 | .284 | |
| q21 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | .000 | |
| q22 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .414* | .264 | |
| q22 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | .000 | |
| q23 Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | .414* | |
| q23 Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 | |
| Total Pearson Correlat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| Total Sig. (2-tailed) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | .000 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tests of Normality

| Responden | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | | |
|-------------|---------------------------------|------|------|--------------|------|------|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. | |
| Bukti Nyata | Kontrol | ,233 | 15 | ,027 | ,823 | 15 | ,007 |
| | Eksperimen | ,206 | 15 | ,087 | ,899 | 15 | ,091 |
| Empati | Kontrol | ,169 | 15 | ,200* | ,904 | 15 | ,109 |
| | Eksperimen | ,181 | 15 | ,200* | ,916 | 15 | ,167 |
| Keandalan | Kontrol | ,234 | 15 | ,026 | ,899 | 15 | ,091 |
| | Eksperimen | ,279 | 15 | ,003 | ,890 | 15 | ,067 |
| Ketanggapan | Kontrol | ,203 | 15 | ,096 | ,941 | 15 | ,393 |
| | Eksperimen | ,178 | 15 | ,200* | ,887 | 15 | ,060 |
| Kepastian | Kontrol | ,163 | 15 | ,200* | ,918 | 15 | ,179 |
| | Eksperimen | ,278 | 15 | ,003 | ,821 | 15 | ,007 |

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction